



Anmeldeformular Tagesstruktur

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort-Adresse: _____

Telefon/ E-Mail : _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr. _____

Heimatort: _____ Konfession: _____

Gewünschter Beschäftigungsgrad

Öffnungszeiten Atelier: Morgens 9:00 Uhr bis 11:30 Uhr und Nachmittags 13:45 Uhr bis 16:15 Uhr.

Arbeitstage:	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>
	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>

Kostenträger / Soziale Situation

Beistand IV/AHV Sozialamt Selbstzahler

Amt: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

_____ Telefon: _____

Versicherungen

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Adresse Krankenkasse: _____

_____ Telefon: _____

Haftpflcht-Versicherung: _____ Versicherten-Nr.: _____

Adresse Haftpflcht-Versicherung: _____

_____ Telefon: _____



Arzt / Klinik

Praxis- / Klinik-Name: _____

Kontaktperson Name: _____

Anschrift: _____

_____ Telefon: _____

Gesundheit

Benötigen Sie Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, bitte Medikamentenblatt beilegen.

Gibt es Notfallmedikamente die sie bei sich haben müssen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Krankheitsbild/ Unterstützungsbedarf: _____

Welche wichtigen Informationen zu ihrer Gesundheit möchten sie uns noch mitteilen?

Im Notfall zu verständigen

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort-Adresse: _____

Telefon/ E-Mail : _____

Handy: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Anmeldung senden an:

Post: Hertihus, Bahnhofstrasse 31, 8180 Bülach; Fax: 044 860 81 74; E-Mail: hertihus@heilsarmee.ch

(Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch über 044 860 38 48 oder via E-Mail)

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sollte es nicht zu einer Beschäftigung in unserem Atelier kommen., wird dieses Anmeldeformular nicht archiviert.